Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Metoda Janeta w leczeniu rzeżączki,

skreślił

Dr. Franciszek Krzyształowicz,
I. sekundaryusz oddziału.

Liczba metod, lekarstw i narzędzi, licznie polecanych w najnowszych czasach, ma tę wielką niedogodność, że z jednej strony lekarz praktyczny znachodzi się w trudnem co do ich wyboru położeniu, a z drugiej wymagają one zwykle bardzo długiego doświadczenia i wprawy, aby je z korzyścią do ogólnego użycia zalecić można było.

Nim pomówię o samej metodzie, chcę poruszyć pewne szczegóły, które w leczeniu rzeżączki tak ważne mają znaczenie.

Dzisiaj już nikt chyba nie wątpi, że rzeżączka jest chorobą swoistą, powstającą pod wpływem drobnoustrojów, odkrytych i nazwanych przez Neissera gonokokami. Obok objawów zapalnych, wywołanych przez te drobnoustroje, właściwością tej choroby jest to, że rozpoczyna się przy ujściu cewki moczowej i szerzy się wzdłuż ku tylnej jej części. Wyśledzenie zatem siedziby rzeżączki wpływać musi znacznie na kierunek i sposób jej leczenia.

Coraz więcej godzimy się obecnie na to, że sprawa rzeżączkowa zajmuje zwykle całą cewkę i to wcześniej i częściej, niż to dawniej (Diday, Guyon, Jamin, Jullien) przypuszczano. Pierwszy zwrócił na ten szczegół uwagę Aubert (Lyon med. 1884), a inni wkrótce poszli za jego zdaniem, na potwierdzenie czego przytoczę kilka spostrzeżeń klinicznych wybitniejszych autorów: Jadassohn [1]) oblicza częstość zajęcia tylnej części cewki moczowej w rzeżączce trwającej do 6 tygodni na 87·7%, Letzel [2]) w rzeżączce trwającej do 10 tygodni na 92·5%; Rona [3]) rozpoznawał 90 razy na 100 zajęcie także tylnej części cewki moczowej i to w pierwszych ośmiu tygodniach trwania choroby. U Philippsohna odsetek wynosi 86·6%, w poliklinice Fingera 82%, wreszcie Heisler stwierdził 80 razy na 100 rzeżączkę w tylnej części. Wszystkie te liczby, nie wiele różniące się od siebie, jako też nasze doświadczenia, są dla mnie dostatecznym dowodem, że pod względem chorobowym nie ma wcale ścisłej granicy między przodkową, a tylną częścią cewki moczowej i że tem samem zajęcie tylnej części nie należy uważać za powikłanie chorobowe.

Co do czasu, w którym rzeżączka przechodzi na część tylną, powszechnie twierdzono, że rzadko dzieje się to przed końcem drugiego tygodnia (Finger, Zeissl, Kopp, Jullien, Neumann, Letzel i inni); niektórzy podają nawet późniejszy termin (Ultzmann), inni zaś uważają przeciwnie okres wcześniejszy za częstszy i tak n. p. Lang twierdzi, że często już w pierwszym tygodniu wykazać można zajęcie tylnej części, najczęściej jednak w drugim i trzecim tygodniu. Heisler udowadnia, że w 54% dzieje się to już w pierwszych dwóch tygodniach; Lanz [4]) zaś w pracy niedawno ogłoszonej wyka-

---

[1]) Beiträge zur Lehre v. d. Uret. post. na kongresie w Pradze 1889.

[2]) Ueber d. Häufigkeit d. Betheiligung d. Uret. post. Internat. Centralb. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn u. Sexualorg. B. II 1890.

[3]) Ungarische Archiv f. Med. 1893.

[4]) Ueber d. Häufigkeit u. Zeit des Auftretens d. Uret. post. bei d. acut. Gonorrh. Archiv B. XXVIII. H. 2.

zuje, że w 80% przypadków rozwija się także rzeżączka tylnej części i stąd wysnuwa wnioski, że rzeżączkę tej części za powikłanie uważać nie należy i że niektóre wpływy mogą ją tylko przyspieszyć, ale nie wywołać. Co do czasu, w którym ona występować zwykła, twierdzi, że w połowie przypadków dzieje się to już w pierwszych dwóch tygodniach, a w 12% w trzecim tygodniu, że jednak często nie wywołuje żadnych objawów podmiotowych, łatwo więc przeoczyć ją można.

Na leczenie rzeżączki także wpływać wreszcie musi siedziba drobnoustrojów wywołujących rzeżączkę. Touton [1]) w swej pracy powiada, że sprawa rzeżączkowa najczęściej tylko z początku rozwija się w warstwie przybłonkowej, zwykle jako ropne zapalenie; wkrótce jednak i to bardzo często przenosi się przez rozmnażanie się gonokoków w przestworach międzytkankowych na tkankę podśluzową, a stąd zapomocą ciałek wypocinowych, które są pośrednikami w przenoszeniu drobnoustrojów, dostaje się nawet do odległych narządów. Przybłonek pod wpływem gonokoków ulega rozmiękczeniu nawet do takiego stopnia, że tworzą się przeczosy, a tkanka łączna pod wpływem przyrzutu rzeżączkowego może nawet uledz przerostowi. Wszystko to udowadnia nam, że sprawa rzeżączkowa nie rozgrywa się tylko na powierzchni, ale najczęściej sięga w głębsze warstwy błony śluzowej.

W leczeniu więc rzeżączki trzeba postawić sobie pewne zasady, od których odstępować nie należy, jeżeli na pewny i trwały skutek liczyć chcemy. Pominąwszy już ścisłe przestrzeganie tak powszechnie znanych przepisów higienicznych, pamiętać należy, przy wyborze środków przeciw rzeżączkowych, o tem, że ona jest sprawą chorobową zakaźną, a zatem działać trzeba przeciw drobnoustrojom ją wywołującym, że leczenie rozciągać się powinno na tę przestrzeń cewki moczowej, która jest przez chorobę zajętą, a więc prawie zawsze na całą cewkę, a wreszcie, że użyty środek działać powi-

---

[1]) Gonocc. in seine Beziehungen z. d. blennorrh. Processen. Berl. klin. Woch. 1894.

nien i na tkankę pod przybłonkiem leżącą. W końcu dodać trzeba, że wyleczenie polega nie tylko na ustąpieniu objawów klinicznych, ale, co ważniejsze, na trwałem zniknięciu gonokoków, które sprawę chorobową wywołują. Że rozpoznanie powinno być dokładnem, o tem, sądzę, zbytecznem jest mówić.

Z nowszych metod zalecanych dla leczenia rzeżączki, może najwięcej pewności do spełnienia powyższych warunków daje metoda Janeta, ogłoszona 1892 r. w „Annales de malad. des organes gén. urinaires", a polegająca na przepłókiwaniu cewki moczowej i pęcherza dużą ilością rozczynu nadmanganezianu potasowego. Do tego celu służy naczynie, najlepiej szklane, mające do dwóch litrów objętości, które zaopatrzone jest w dolnej części wężem kauczukowym, o długości $1^1/_2$ metra, z kurkiem i kaniulą, nadającą się do ujścia cewki moczowej. Irygator taki musi wisieć na wysokości 120 do 150 ctm. ponad łożem, na którem kładzie się chorego.

Bezpośrednio przed przepłókiwaniem chory powinien oddać mocz, poczem opłókuje się koniec prącia. Włożywszy następnie koniec kaniuli do ujścia cewki moczowej, przepłókuje się naprzód przodkową część cewki w ten sposób, że, wprowadzając płyn, zamyka się ujście kaniulą, a następnie, kiedy czuć się daje znaczne napięcie ścian cewki wskutek napełnienia jej płynem, wysuwając kaniulę i zamykając kurek, wypuszcza się płyn na zewnątrz. W ten sposób wprowadzając i wypuszczając naprzemian nową ilość płynu, przepłókuje się nader dokładnie przodkową część cewki. Tak postępuje się, gdy chodzi o leczenie rzeżączki w przedniej części cewki; jeżeli jednak zajętą jest i część tylna, wtedy płyn musimy wprowadzić aż do pęcherza. W tym celu zamykając szczelnie ujście kaniulą, czekamy dopóki płyn nie obniży się w irygatorze, co dowodzi, że opór ze strony zdziergacza zewnętrznego został przezwyciężonym. Dla ułatwienia wprowadzenia płynu do pęcherza, co nie zawsze szybko i za

pierwszym razem się udaje, zalecamy choremu wywołać podobne uczucie, jak przy usiłowanem oddawaniu moczu.

Co do siły rozczynu nie podaje Janet stałych prawideł, lecz tylko pewne wskazówki, a mianowicie: gdy ujście cewki jest obrzękłe, ból przy oddawaniu moczu dość znaczny, a wydzielina ropna — wtedy należy zdaniem tego autora używać słabego rozczynu (1:5000:4000); — w przypadkach, w których ujście jest prawidłowe, wydzielina skąpa, a ból żaden, poleca rozczyny silniejsze (1:2000); tam zaś, gdzie ujście jest zupełnie prawidłowe, wydzieliny prawie nie ma, a mocz zawiera tylko ślady śluzu, używać należy rozczynów silnych. Przytem robi autor tę uwagę, że lekki rozczyn, użyty w większej ilości, wywoła ten sam skutek, co silniejszy w mniejszej. Co zaś do ilości mającego się użyć płynu, zaleca Janet przepłókiwanie tak przedniej, jak tylnej części płynem w ilości po $^1/_2$ litra.

Podobnie i ilość dzienna przepłókiwań jest różną; podczas gdy w rzeżączce ostrej zaleca tych przepłókiwań w pierwszych dniach trzy, w następnych dwa, wreszcie jedno, to w przypadkach podostrych i przewłocznych doradza zaczynać od dwu, a nawet jednego przepłókiwania dziennie.

Jako przypadki rzeżączki nieodpowiednie do leczenia tą metodą zalicza Janet te, które są na szczycie rozwoju, następnie rzeżączki z powikłaniami ze strony narządu gruczołowego cewki moczowej, mianowicie zapaleniem gruczołów Littrego, Cowpera i gruczołu krokowego, wreszcie rzeżączki z zapaleniem ciałka jamistego i zapaleniem przyjądrzy oraz sznurków nasiennych.

Z końcem r. 1893 podaje ten sam autor w „Annales de dermatol- et de syphilogr“, T. IV, Nr. 10. modyfikacyę swej poprzedniej metody, a mianowicie: liczba przepłókiwań znacznie się zmienia. Przy rzeżączce świeżej, w samym początku trwania, a więc na 1—2 dni od jej pojawienia się, zaleca metodę swoją j a k o p o r o n n ą i to w ten sposób, że pierwszego i drugiego dnia robi po dwa przepłókiwania na dzień, trzeciego dnia jedno, czwartego znowu dwa, a 5,

6, 7 i 8 dnia po jednem, wzmacniając coraz więcej płyn, zależnie jednak od drażliwości cewki; przestrzega przed zbyt szybkiem wzmacnianiem płynu, zwykle jednak piątego dnia używa już rozczynu silnego (1: 1000). Zaznacza jednak także, że w ten sam sposób leczyć można rzeżączkę dłużej trwającą, po usunięciu okresu ostrego lub też rzeżączkę przewlekłą zaostrzającą się. W tych razach radzi siłę płynu wzmacniać prędzej, a liczbę przepłókiwań zwiększyć nawet do 12. Jak w pierwotnem swem ogłoszeniu poleca Janet robić przepłókiwania z początku co 5 godzin, a później co 12 godzin, tak w drugiej swej pracy czas między przepłókiwaniami określa na 12 godzin, później 18, a wreszcie na 24 godzin.

Nader duży odsetek (90%) wyleczeń w tak krótkim czasie zachęciły Prof. Dra Zarewicza do przeprowadzenia całego szeregu doświadczeń i to według pierwszego ogłoszenia i wedle modyfikacyi w drugiej pracy, które autorowi niniejszej rozprawki specyalnie powierzone zostały.

Na podstawie 60 przypadków leczonych w ostatnim roku powyższą metodą, przytoczę poniżej wyniki leczenia rzeżączki będącej w różnych okresach.

Co do samej techniki stósowania tej metody w naszych przypadkach, to jedne leczyliśmy wedle sposobu podanego pierwotnie (1892 r.) przez Janeta, inne zaś ściśle wedle pracy później (1893 r.) ogłoszonej.

W celu dokładniejszego przekonania się o działaniu tej metody, braliśmy do leczenia przypadki rzeżączki różnych okresów, t. j. od bardzo świeżych, z ostrymi objawami zapalnymi, aż do rzeżączki przewłocznej ze skąpą tylko wydzieliną; we wszystkich jednak wykazano przed rozpoczęciem leczenia w wydzielinie gonokoki. Stąd też dla lepszego i łatwiejszego przejrzenia przypadków, rozdzielam je na dwie gromady, wedle sposobu leczenia, a na trzy wedle przypadków klinicznych, to est wedle okresu ostrego, podostrego i przewłocznego.

Nim przystąpię do szczegółowego omówienia pojedyńczych działów, chcę zaznaczyć wpływ leku samego, zastóso-

wanego metodą Janeta na chorą błonę śluzową cewki. — W przypadkach rzeżączki ostrej z wydzieliną ropną, w parę godzin po przepłókaniu, wydzielina znika prawie zupełnie, błona śluzowa jest zaczerwienioną, nieco obrzękłą, ale suchą; wkrótce jednak w miejsce ropy wydziela się obfita ciecz surowicza, która w kilkanaście godzin po przepłókaniu zamienia się znowu w ropną. Im rzeżączka ostrzejsza, tem prędzej wydzielina staje się znowu ropną i dlatego tem częściej trzeba cewkę przepłókiwać. Badanie drobnowidowe potwierdza obraz makroskopowy, surowica okazuje tylko tu i ówdzie ciałka wypocinowe, a wydzielina ropna, zamieniająca się w miarę przepłókiwań na śluzowo-ropną, zawiera coraz mniej ciałek wypocinowych, a coraz więcej śluzu i komórek przybłonkowych. G o n o k o k i często znikały bardzo szybko, już po 2—3 przepłókiwaniach; w innych razach jednak zmniejszały się liczebnie bardzo powoli, zatracając swoją gromadną cechę i wyraźne kontury, albo wreszcie pojawiały się jako pojedyncze diplokoki ułożone w gromadki, które z trudnością jako gonokoki rozpoznać można było, a które uważać należy za opisywane przez różnych autorów zwyrodniałe postacie gonokoków (Involutions u. Degenerations-Zustände). Były jednak i takie przypadki, w których koki, mimo częstych przepłókiwań, nie ginęły, lub też nie znajdowały się w wydzielinie tylko przez pewien czas.

Podobny wysięk surowiczy i zamianę wydzieliny wywoływały te przepłókiwania w przypadkach rzeżączki podostrej, a nawet przewłocznej.

1. P r z y p a d k i r z e ż ą c z k i w o k r e s i e o s t r y m. Do tych zaliczam przypadki rzeżączki świeżej, o wydzielinie ropnej, mniej lub więcej obfitej, z ujściem zazwyczaj zaczerwienionem i lekko obrzękłem, a w których, z objawów podmiotowych, istnieje ból przy oddawaniu moczu i przy wzwodzie prącia. Wykluczono od leczenia metodą Janeta tylko przypadki rzeżączki o objawach nader ostrych, a zatem te, w którychby wydzielina była nader obfitą, obrzęk ujścia zewnętrznego cewki i żołędzi znaczny, a ból przy oddawaniu

moczu wielkiego nasilenia. Próby robione w takich razach wykazały nam, że chorzy przepłókiwań w takim stanie do tego stopnia nie znoszą, że już drugiego przepłókiwania zrobić nie można.

O rzeżączkach całkiem świeżych, kilkadziesiąt zaledwie godzin trwających, które nadawałyby się do leczenia poronnego, mowy tu być nie może, gdyż chorzy tacy do szpitala w tym okresie się nie zgłaszają.

W rzeżączkach ostrych, nadających się do leczenia, robiono przepłókiwania zaraz z początku rozczynem nadmanganezianu potasowego, w stosunku 1:4000, trzy razy na dobę, t. j. o godz. 8 rano, o 12 i 6 wieczór, przepłókując za każdym razem najpierw część przodkową cewki moczowej, a następnie wprowadzając płyn do pęcherza w ilości 200—300—400 grm. Przy pierwszych przepłókiwaniach wprowadzano zwykle nieco mniej, później gdy pęcherz przyzwyczai się, nawet 500,0 płynu; do przepłókiwania zaś przedniej części używano zawsze płynu w ilości 500,0. Po zniknięciu wydzieliny ropnej i gonokoków trzykrotne przepłókiwania zastąpiono dwukrotnemi, wreszcie jednokrotnemi na dobę, stopniując zarazem siłę rozczynu do 1:2000 i 1:100; silniejszych rozczynów nigdy nie stosowaliśmy.

Prócz tego, jak wyżej wspomniałem, używaliśmy także sposobu później przez Janeta podanego, trzymając się zalecanych prawideł. Dlatego też rozdzielam następnie obie te metody, chcąc dać obraz działania każdej z nich z osobna, to jest starej i nowej metody.

a) Przypadki rzeżączki ostrej leczone starą metodą (1892). Z tej kategoryi leczono 18 przypadków wcześniejszym sposobem; z tych jeden przypadek trwał już 5 tygod., dwa 3 tygod., 4 przyp. 2 tygod., pięć około tygodnia, a 6 króciej niż tydzień, z których jeden przybył w trzecim dniu trwania choroby. Przeważnie były to rzeżączki poraz pierwszy chorych nawiedzające i prawie u wszystkich sprawa rozciągała się na całą cewkę (4 przypadki ograniczały się tylko do przodkowej części).

Skutki leczenia były następujące: g o n o k o k i nie we wszystkich przypadkach zginęły pod wpływem tego leczenia, w połowie przypadków mimo licznych i częstych przepłókiwań ciągle się pojawiały; w połowie zaś zginęły, w 5 przypadkach względnie szybko, bo po 5, 6, 7, 11, 12 dniach, w innych po mniejszej liczbie przepłókiwań ustąpiły, lecz wkrótce znowu się pojawiały, aby wreszcie stanowczo ustąpić, lecz dopiero po przepłókiwaniach czas dłuższy robionych (do 50 dni).

Wydzielina zmieniała się w przeważnej liczbie przypadków już po paru dniach z ropnej w śluzowo-ropną; ta jednak zwykle nader długo się utrzymywała, mimo zniknięcia gonokoków i bez względu na to, czy przepłókiwania były dalej robione, lub nie. To też w tych przypadkach dopiero przepłókiwania cewnikiem Ultzmanna rozczynami azotanu srebrowego, w stosunku 1:4000:2000:1000 doprowadziły do zupełnego usunięcia wydzieliny.

D o z u p e ł n e g o w y l e c z e n i a potrzeba było najmniej dni 16, najwięcej 70, a p r z e c i ę t n i e 33 d n i.

Z powikłań dwa razy mieliśmy do czynienia z zapaleniem przyjądrza, raz chory przybył już z tem powikłaniem, a gdy boleśność w przyjądrzu ustąpiła, dopiero rozpoczęto przepłókiwania; w drugim przypadku, w 20 dniu przepłókiwań dwukrotnych, zapalenie to wystąpiło tak, że przepłókiwania przerwać musiano, gdyż zapalenie przyjądrza pogarszało się.

Przepłókiwania znosili chorzy dobrze, gdyż z tych 18 przypadków, mimo ostrych objawów zapalnych, w jednym tylko nastąpiło po trzech przepłókiwaniach jeszcze większe zaostrzenie, w drugim zaś po pierwszem przepłókiwaniu wystąpił bardzo znaczny obrzęk napletka o wązkiem ujściu. Czasami trafiały się także obrzęki napletka lub żołędzi, jednak tak krótkotrwałe, że już przy następnych przepłókiwaniach były zaledwo widoczne.

Tu jednak nadmienić muszę, że mimo braku jakichś objawów, wskazujących na silne podrażnienie, chorzy skar-

żyli się podczas samego przepłókiwania na znaczne pieczenie i ból w ujściu cewki moczowej, rzadziej w okolicy zdzieragacza cewki; po kilku pierwszych przepłókiwaniach utrzymywało się prawie zawsze przykre parcie na mocz, trwające kilka godzin.

b) Rzeżączka ostrego okresu leczona nową metodą. Wedle później (1893) przez Janeta podanego sposobu leczono tylko pięć przypadków rzeżączki tego okresu, trwających od jednego do sześciu tygodni; we wszystkich przypadkach rzeżączka zajmowała całą długość cewki.

Tylko w dwóch przypadkach nastąpiło wyleczenie i w tych gonokoki zniknęły z wydzieliny już po czterech dniach; w trzech innych zaś znikały wprawdzie po kilku dniach, ale wkrótce znowu się pojawiły.

W wyleczonych przypadkach leczenie trwało 10 dni, wydzielina szybko zmieniała się na śluzową; ta jednak utrzymywała się jeszcze czas dłuższy tak, że jeden z tych chorych po dwóch tygodniach skarżył się jeszcze na skąpą wydzielinę, w której wszakże gonokoków znaleźć nie można było. W jednym z nieuleczonych przypadków zapalenie przyjądrza wystąpiło po ukończeniu przepłókiwań, w drugim chory przybył z takiemże zapaleniem, w trzecim zaś objawy zapalne było ostre; a chociaż przepłókiwania wydzielinę szybko zmniejszały, gonokoki jednak do końca się utrzymywały.

2. Rzeżączka w okresie podostrym. Do tej gromady należą takie przypadki rzeżączki, w których objawy ostre albo jeszcze nie wystąpiły, albo już minęły, a wydzielina była zwykle skąpą, śluzowo-ropną; słabe zaś zaczerwienienie ujścia cewki lub brak jego, brak bólu przy oddawaniu moczu albo tylko nader mała bolesność — kazały te sprawy chorobowe zaliczyć do podostrych.

W tym okresie choroby przepłókiwania robiono z początku rozczynem 1:4000, częściej 1:2000, dwa razy dziennie, o godzinie 8 rano i 8 wieczór, przepłókując w znany sposób część przodkową i tylną. Gdy wydzielina stawała się

śluzową, a gonokoki znikały, robiono te przepłókiwania tylko raz na dobę i to z rozczynów 1: 2000: 1000.

Jak w poprzedniej gromadzie, tak samo i tu, używano w jednej części przypadków starszej metody, a w drugiej późniejszego sposobu Janeta.

a) Rzeżączka okresu podostrego leczona starą metodą. Z 28 przypadków rzeżączki podostrej dziesięć tylko leczono dawniejszym sposobem. Najkrócej trwały tydzień i takich było 3 przypadki; od 4 —6 tygodni trwania 5 przypadków, a w dwóch przypadkach rzeżączka przed leczeniem trwała około 3 miesięcy. W dwóch tylko przypadkach była to powtórna rzeżączka, w reszcie zaś chorzy poraz pierwszy na nią cierpieli; we wszystkich sprawa chorobowa zajmowała całą cewkę.

Jak w poprzedniej gromadzie, tak i tu tylko w połowie (5) przypadków nastąpiło wyleczenie, w drugiej połowie zaś, mimo przepłókiwań 2 razy na dobę, robionych przez 10 do 14 dni, gonokoki nie zginęły w zupełności, a wydzielina śluzowo-ropna nader uporczywie ciągle się utrzymywała, aż wreszcie chorzy, zniechęciwszy się, na własne żądanie szpital opuszczali. Powikłania istniały w dwóch przypadkach; w jednym z nich nieżyt pęcherza podostry, po usunięciu którego dopiero przepłókiwania rozpoczęto, ale już po kilku dniach nawrót objawów ze strony pęcherza wystąpił; w drugim przypadku było zapalenie przyjądrza, które jednak wcale się nie pogarszało, chociaż przepłókiwania zaczęto zaraz po ustąpieniu boleśności.

W przypadkach wyleczonych (5) gonokoki ginęły szybko, w trzech przypadkach po 5 dniach, w jednym po 14, w piątym wreszcie po 10, ale po krótkiej przerwie w przepłókiwaniach w tym ostatnim przypadku znowu się pojawiły i dopiero przepłókiwania, stosowane przez 10 dni, je usunęły. W tym przypadku z początku była rzeżączka tylko przedniej części cewki moczowej, po przerwie dopiero pokazało się, że i część tylna jest zajętą; temu też przypisać należy nawrót, gdyż przez pierwsze 10 dni robiono przepłókiwania

tylko przedniej części. Wydzielina zazwyczaj już po 5 dniach zamieniała się w zupełnie śluzową, ale i tu, jak w przypadkach ostrych, dość długo się utrzymywała.

Czas leczenia najkrócej trwał dni 11, najdłużej 30, przeciętnie zaś 17 dni; tak w tej gromadzie jednak, jak i poprzedniej, uważano za zupełnie uleczoną sprawę chorobową dopiero wtedy, gdy wydzieliny prawie nie było, a w moczu pojawiał się zaledwo obłoczek śluzu; ten jednak utrzymywał się czasem tak długo, że chorzy po dwóch tygodniach do nas się zgłaszający, jeszcze z tym obłoczkiem w moczu przybywali.

Z powikłań dwa razy było zapalenie przyjądrza; przepłókiwania, po ustąpieniu boleśności przedsiębrane, sprawy nigdy nie pogarszały. W jednym przypadku wystąpiło dwa razy podrażnienie pęcherza po przepłókiwaniach, ale tylko chwilowe tak, że przepłókiwań nie przerywano.

b) Rzeżączka w okresie p o d o s t r y m leczona n o w ą m e t o d ą.

Metodą tą leczono 18 przypadków rzeżączki tego okresu, z których 9 poraz pierwszy były nabyte; wszystkie jednak, prócz jednego przypadku, przeszły na całą długość cewki moczowej. Trwanie sprawy chorobowej w sześciu przypadkach było około 2 miesiecy, w trzech około miesiąca, w trzech zaś przeszło trzy miesiące; w reszcie przypadków (6) rzeżączka trwała od jednego do trzech tygodni.

Wyniki leczenia tego okresu były inne niż poprzedniego: z 18 przypadków tylko trzy zanotowano jako nieuleczone. Były to przypadki rzeżączki trwające od jednego do trzech tygodni, bez powikłań, u chorych, którzy przedtem na rzeżączkę nie cierpieli.

W dwóch z tych przypadków gonokoki mimo przepłókiwań, robionych przez 10 dni, wcale nie zginęły z wydzieliny, która z początku więcej ropna, powoli zamieniała się w śluzowo-ropną, do ostatniej chwili się utrzymywała; w trzecim zaś przypadku gonokoki zginęły już czwartego

dnia, ale po ukończeniu przepłókiwań, t. j. po 8 dniach, (11 przepłókiwaniach) na czwarty dzień znowu się pojawiły.

Z 18 przypadków więc tego okresu piętnaście zanotowano jako uleczone. Gonokoków najczęściej już drugiego lub trzeciego dnia wykazać nie było można, były jednak przypadki, w których dopiero 5-go dnia ustąpiły, w dwóch zaś przypadkach w parę dni po zaprzestaniu przepłókiwań znowu się pojawiały tak, że na nowo znany szereg przepłókiwań byłem zmuszony robić i wtedy już 4-go względnie 5-go dnia gonokoków nie znalazłem.

W jednym z tych przypadków mieliśmy do czynienia z zapaleniem przyjądrza o tyle ciekawem, że wystąpiło na 4-ty dzień po przepłókiwaniach, szybko jednak, bo po tygodniu, ustąpiło i więcej się nie powtórzyło, mimo robionej drugiej seryi przepłókiwań. Z zapaleniem przyjądrza przybywali chorzy 5 razy; gdy jednak objawy zapalne po 10—14 dniach ustępowały, przepłókiwania sprawy nie pogarszały. W jednym tylko z tych przypadków, w którym przepłókiwania rozpoczęto nieco wcześniej, bo mimo lekkiej boleśności przyjądrza, boleśność i zwiększony obrzęk po paru dniach znowu powróciły, a dopiero następny szereg przepłókiwań po zupełnem ustąpieniu objawów zapalnych usunął zupełnie rzeżączkę, nie wywołując żadnych powikłań.

Z innych powikłań dwa razy wystąpiło po przepłókiwaniach zadraźnienie pęcherza, trwające przez kilka godzin z objawami parcia na mocz i moczem lekko zmętniałym. Przepłókiwania jednak następne nie zaostrzały tych objawów tak, że do żadnych cięższych przypadłości nie przyszło, a dawniejsze wkrótce znikały.

Czas leczenia trwał w przeważnej liczbie przypadków 8 dni; w paru przypadkach robiliśmy nieco większą ilość przepłókiwań (10—12 dni), w dwóch przypadkach zaś potrzeba było zastósować podwójną ilość.

Już w powyżej przytoczonych przypadkach zauważyłem, że z chwilą przerwania przepłókiwań wydzielina nie znikała zupełnie, ale często bardzo wycisnąć było można

czystą kroplę śluzu, a w moczu widziałem zwykle wyraźny obłoczek śluzu. W wielu z tych przypadków miałem sposobność dłużej spostrzegać dalszy przebieg po przepłókiwaniach. Badanie drobnowidowe nie wykazało nigdy gonokoków w wydzielinie lub nitce z moczu wyjętej, spostrzegałem jednak, że te objawy utrzymywały się nieraz dwa i trzy tygodnie. Dodać jednak muszę, że było to przypadki, w których sprawa chorobowa trwała zwykle już nieco dłużej, a więc od 1—4 miesięcy. W przypadkach tych nie używano środków dla usunięcia pojawiającej się jeszcze wydzieliny.

3. Przypadki rzeżączki w okresie przewłocznym. Do tego okresu zaliczałem tę rzeżączkę, w której nie było żadnych objawów zapalnych, wypływ z cewki był nader skąpy, przeważnie tylko po nocy i to śluzowy, czasem z małą przymieszką ropy, w którym jednak we wszystkich przypadkach wykazano gonokoki. Trwanie ich rozciągało się najmniej na rok, niektóre na kilka lat, nawet do 10.

W rzeżączce przewłocznej naturalnie nie używaliśmy ściśle metody nowej, dlatego też nie rozdzielaliśmy tych przypadków na te dwa działy, ale nie trzymając się żadnego typu, przepłókiwaliśmy zwykle z początku dwa razy dziennie i to rozczynem nadmanganezianu potasowego 1:2000, następnie raz dziennie takimże rozczynem, lub nawet 1:1000.

Wszystkie tak leczone przypadki rzeżączki przewłocznej, a było ich dziewięć, zajmowały całą cewkę, to też przepłókiwałem zawsze całą jej długość.

Co do wyniku leczniczego, to mniej niż połowa, bo cztery przypadki, leczono z wynikiem dodatnim. Gonokoki zginęły w dwu przypadkach po 7—10 dniach, w dwu innych dopiero po miesiącu; w jednym jednak z pierwszych przypadków, po kilku dniach przerwy w przepłókiwaniach, znowu się pojawiły i dopiero następnie po 7 dniach zginęły. Jeden tylko przypadek, trwający od roku z lekkiem zaostrzeniem i zapaleniem przyjądrza, po ustąpieniu którego przepłókiwania rozpoczęto, zdołano wyleczyć w 14-tu dniach; w innych trzech przypadkach leczenie trwało od 1—2 mie-

sięcy, przyczem dodać należy, że w jednym z tych przypadków wziąć musiano do pomocy ciężkie zgłębniki metalowe, które przez miesiąc co drugi dzień naprzemian z przepłókiwaniami wprowadzano.

W przypadkach nieuleczonych (5) przepłókiwania, 2 do 3 tygodniowe, robione nawet po 2 razy dziennie, pozostały bez skutku. Przytem zwrócić tu muszę uwagę na związek powikłań, istniejących w tych przypadkach, z przepłókiwaniami. I tak w jednym przypadku wikłające rzeżączkę zapalenie przewłoczne gruczołu krokowego po 10-dniowych dwukrotnych przepłókiwaniach zaostrzyło się i mimo to, że po kilku dniach przepłókiwania na nowo rozpoczęto, do wyleczenia jednak nie doprowadzono. W drugim przypadku u chorego, który przybył z lekkiem zaostrzeniem, szczególnie tylnej części cewki moczowej, powstało po czwartem przepłókiwaniu rozczynem 1:2000 zapalenie pęcherza, co spowodowało zaprzestanie przepłókiwań. W trzecim nieuleczonym przypadku istniało przewłoczne zapalenie gruczołu krokowego. Wreszcie dwa ostatnie przypadki rzeżączki tem się odznaczały, że były lekko zaostrzone od paru tygodni, ale trwały nieprzerwanie siedem i dziesięć lat; to też w jednym z nich nawet wprowadzanie zgłębników ciężkich metalowych obok przepłókiwań codziennych metodą Janeta nie dało wyników dodatnich i dopiero zastósowanie tak w tym jak i w innych nieuleczonych przypadkach obfitych przepłókiwań, zalecanych przez Ultzmanna, sprowadziło wyleczenie.

Z przytoczonych wyników każdy może sobie wyrobić zdanie o wartości leczniczej tej metody; nim jednak, streszczając wszystko, wypowiem swoje zapatrywanie o jej skuteczności, przytoczę cały szereg autorów i otrzymane przez nich wyniki leczenia rzeżączki metodą Janeta.

Ze względu na rozmaite poglądy autorów rozpocznę od tych, których wyniki były bardzo dobre. Audry, tak w podręczniku swym, jak i w później ogłoszonym artykule [1]),

[1]) Le mercredi medical 1893.

jest gorącym zwolennikiem tej metody, na podstawie otrzymanych 95% wyleczeń rzeżączki przeważnie podostrej. Podobne wyniki otrzymywał Ekelund[1]), bo 90%, to też zachwala nader tę metodę we wszystkich okresach, prócz bardzo ostrego, zwracając uwagę na bezpieczeństwo i brak powikłań przy jej stósowaniu. Za bardzo dobrą uważa także tę metodę Goldberg[2]), który, lecząc 70 przypadków rzeżączki, przekonał się, że przepłókiwań należy robić co najmniej dziesięć, a często i więcej, a gonokoki w połowie przypadków ginęły dopiero po 1—2 tygodniach. Wprawdzie na małej liczbie przypadków, ale przekonał się również Routier[3]) o skuteczności tej metody, gdyż na 22 przypadki rzeżączki różnych okresów, tylko jeden był niewyleczony, reszta po 5—17 przepłókiwaniach zupełnie ustąpiła. Również metoda Janeta zadawalnia, chociaż niezupełnie, Straussa[4]) i Caspera[5]). Znacznie gorętszym zwolennikiem jest Borzęcki[6]), który usuwa rzeżączkę różnych okresów, prócz ostrego, w 70% przypadków i to w 9 dniach po 12 przepłókiwaniach, twierdząc, że metoda ta nie wywołuje powikłań i nie działa na zmiany cewki porzeżączkowe.

Mniej korzystne wyniki, bo 64% wyleczeń, otrzymał Möller[7]), który zaleca najwięcej ten sposób leczenia w przypadkach rzeżączki podostrej i przewłocznej. Podobnego zdania jest Montegazza[8]), który odmawia tej metodzie działania poronnego, a nadmanganezianowi potasowemu, zgodnie z Guyonem i Fingerem, działania przeciwpasorzytniczego, przypisując mu tylko wpływ chemiczny przez oddawanie tkankom tlenu. Guiard[9]) zaś zwraca uwagę na okoliczność, że po tych przepłókiwaniach pozostają czę-

---

[1]) Archiv f. Dermatol. u. Syph. XXX. 3.
[2]) Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorgane VII, 3. 4.
[3]) La médic. mod. 1894. Nov.
[4]) Allgem. med. Centralztg. 1895. Nr. 52.
[5]) Deutsch. med. Ztg. 1897. 2.
[6]) Przegląd lekarski 1896. L. 33. 34.
[7]) Archiv f. Dermat. u. Syph. XXXV. 1.
[8]) Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle 1895. 1.
[9]) Journal d. mal. cut. a syph. 1893.

sto zakażenia następowe, chociaż gonokoki już zginęły. Frank z Berlina, na zjeździe dermatologicznym w Lubece, oświadczył się wprawdzie za tą metodą, ale zaznacza, że leczenie tylko w pomyślnych wypadkach trwa 12 do 14 dni, częściej jednak 3—4 tygodni; szczególnie zaś przemawia za leczeniem metodą Janeta rzeżączki przewłocznej powikłanej. Podobnie względne pochwały otrzymuje ta metoda z ust Hoggea [1]), który uzyskał wprawdzie w 34 przypadkach ostrego okresu 31 razy wyleczenie, ale tylko w 13 przypadkach leczenie trwało krócej niż trzy tygodnie.

Między autorami są jednak i tacy, którzy otrzymali z leczenia tą metodą wyniki ujemne, a przynajmniej nie tak wybitnie dobre, jak sam twórca tej metody i poprzedni autorowie. Pierwszy M. Fürst [2]) otrzymał z 33 przypadków zaledwo w 15 wyleczenie i to w stosunkowo niekrótkim przeciągu czasu, bo trwającym od 11—34 dni, wywołując przytem powikłania; dochodzi więc do wniosków, że metoda ta wywołuje odczyn surowiczy, a gonokoki czasem w krótkim czasie znikają i, że w znacznej części przypadków nie prowadzi do celu — wreszcie, że obok bolesności wywołuje często powikłania. Podobnie tylko w połowie przypadków wyleczenie otrzymał i Wossidlo [3]) dlatego nie wyraża się o tym sposobie leczenia z zapałem, twierdząc, że nie przewyższa on innych sposobów leczenia, zwraca jednak uwagę na korzystniejsze działanie sposobu później przez Janeta podanego. Z jeszcze gorszym wynikiem leczył 21 przypadków rzeżączki Bukowsky [4]), na klinice prof. Janowskyego w Pradze, to też nie godzi się on z Janetem, ani co do szybkiego znikania gonokoków, ani co do odczynu surowiczego.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć zdania wypowiedziane przez Janeta i różnych autorów na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Paryżu [5]). Przedewszystkiem

---

[1]) Annal. de la Soc. med. chir. de Liége 1894.
[2]) Deutsch. med. Wochensch. 1884. L. 36.
[3]) Centralbl. f. Krank. Harn. u. Sexualorg. T. VII. Z. 2.
[4]) Wien. med. Wochensch. 1896. L. 26.
[5]) Annal. d. mal. d. org. genito-urin. 1896. Z. 11.

Janet nie uważa swej metody za poronną, a tylko za krótką i skuteczną metodę leczniczą, a dalej zaznacza, że, jeżeli przez niedokładne wykonanie przepisów tej metody wyleczenie w 8—12 dniach nie nastąpi (co się rzadko trafia), to przynajmniej sposób ten upośledza do tego stopnia rozwój gonokoków, że zmian chorobowych nie wywołują. Z całego odczytu przebija, jak wielką wagę autor kładzie na ścisłość w wykonaniu tej metody, a to tak ze strony chorego, jak i lekarza. Vigneron w dyskusyi zaznacza, że przypadki bardzo świeże (36 godz. trwające) dają się łatwo wyleczyć w 6—10 dniach; w przypadkach dłużej trwających potrzeba 15—30 dni dla usunięcia gonokoków. Często jednak pozostaje jeszcze wypływ śluzowo-ropny. Guiard używa znacznie słabszych rozczynów, ale przemawia gorąco za nadmanganezianem potasowym, gdyż przewyższa on inne środki (Calc. permangan., kali bichrom., sublimat), których używał. Noguès zaś przypisuje niedobre wyniki (na 18 przypadków tylko 7 uleczonych po 12—23 przepłók.) używaniu tylko rozczynu nadmangan. potas. Eraud wyraża się nader niepochlebnie, stwierdzając tylko łagodzenie objawów tą metodą leczenia, dlatego przemawia za dawną metodą klasyczną. Desnos wyleczył 17 z 18 przypadków rzeżączki, będących w 1 lub 2 dniu rozwoju, przez przepłókiwania tylko przedniej części i to zapomocą strzykawki, nie zamykając przytem ujścia zbyt silnie, a więc przepłókując cewkę większą ilością płynu.

Nawiązując do używania innych środków w tej metodzie, wspomnę o pracy Wernera [1]), w której autor, otrzymawszy bardzo dobre wyniki w swoich 82 przypadkach (tylko 10 nieuleczonych), leczonych przepłókiwaniami Janeta, ale rozczynem 1—2% ichtyolu, przychodzi do wniosku, że w metodzie tej głównie działa czynność mechaniczna płynu, chociaż nie jest zupełnie obojętnem, jakiego się używa leku,

[1]) Monatsheft f. prakt. Dermatol. T. XXIII. Z. 3.

bo sam, używając 1% rozczynu resorcyny, skutku nie otrzymał.

Chcąc wyciągnąć teraz z powyższego zestawienia ostateczne wnioski, cofnąć się muszę do poprzedniego podziału metody Janeta, na wcześniej i później ogłoszoną, według których zestawiłem moje przypadki.

Nim jednak te dwa sposoby, technicznie od siebie różne, ze sobą porównam, zaznaczyć muszę, że w przypadkach ostrych nie m. żna w zupełności zaniechać leczenia objawowego, bo o ile w przypadkach z umiarkowanymi objawami zapalnymi często odrazu rozpocząć można leczenie miejscowe, o tyle przypadki, w których objawy zapalne są bardzo ostre, albo w których wystąpią powikłania, jak n. p. nieżyt pęcherza i t. p., nie nadają się do tego leczenia, lecz wymagają w pierwszym rzędzie usunięcia takowych. Tem samem stwierdzam, że tego rodzaju przypadki do leczenia żadną z metod Janeta nie nadają się, na co zgodnie wszyscy autorowie zwracają uwagę, a za czem i nasze przypadki przemawiają, bo na 23 przypadki rzeżączki ostrej tylko 11 mamy wyleczeń, podczas gdy w okresie podostrym na 28 przypadków otrzymaliśmy 20 razy wynik dodatni.

Wracając do powikłań, zaznaczyć należy na korzyść tej metody, że występują one rzadko, albowiem na 60 leczonych przypadków rzeżączki w różnych okresach choroby, dwa razy tylko wystąpiło zapalenie przyjądrza, raz zaostrzenie objawów istniejącego zapalenia przewłocznego gruczołu krokowego, wreszcie parę razy pojawiło się zaostrzenie ze strony pęcherza moczowego. Dlatego na mocy spostrzeganych przypadków mogę wypowiedzieć śmiało zdanie, że *jakkolwiek przy stósowaniu metody Janeta powikłania występują nader rzadko, to jednak są one stanowczem przeciwwskazaniem do stósowania tej metody.* Zaznaczyć również muszę, że przy przewłocznem zapaleniu gruczołu krokowego, o ile doświadczenie nasze nas pouczyło, znacznie lepsze wyniki

otrzymujemy przez przepłókiwania cewnikiem Ultzmanna niż metodą Janeta.

Innych powikłań w naszych przypadkach nigdy nie spotykałem; o pęknięciach cewki, krwotokach lub ropniach okołocewkowych i mowy nie było. Na jedno jednak zwrócić chcę uwagę, a to na zadrażnienie błony śluzowej, które ten sposób przepłókiwania czasem sprowadza. Często, szczególnie w przypadkach o objawach dość ostrych, przy rzeżączce świeżej, można spostrzedz wkrótce po przepłókaniu obrzęk ujścia zewnętrznego cewki i ból przy oddawaniu moczu; objawy te jednak zwykle nie trwają nawet do następnego przepłókania. Same przepłókiwania sprawiają zwykle lekkie pieczenie, czasami ból, szczególnie wtedy, gdy staraliśmy się przy pierwszych przepłókiwaniach płyn wprowadzić do pęcherza, i to jednak było tylko przemijającem, bo po przepłókaniu trwającem zwykle krótki czas. U niektórych chorych szczególnie po pierwszych przepłókiwaniach pojawiało się parcie na mocz, trwające najwyżej parę godzin.

Rozpatrując teraz działanie rozczynu nadmanganezianu potasowego, zgodzić się musimy na to, że działanie tego płynu, zastósowanego omawianą metodą, jest zupełnie zadowalniające; wypełnia bowiem powyżej postawione zadanie, aby płyn działał przeciwgnilnie, a następnie w ten sposób i na całą długość cewki; cała zaś technika przepłókiwań dąży do tego, aby płyn, rozszerzając światło cewki *ad maximum* wciskał się w każdy fałd błony śluzowej. W ten sposób płyn działa nie tylko na powierzchowne, ale i głębsze warstwy błony śluzowej. Nie mogę jednak zgodzić się ze zdaniem Janeta, że rozczyn nadmangan. potas. działa na gonokoki swoiście, albowiem, gdyby tak było, to gonokoki nader szybko i we wszystkich przypadkach, tak ostrych, jak podostrych, ginąćby musiały, gdy tymczasem każdy przekonać się może z poprzednio przytoczonych wyników, co i inni autorowie stwierdzają, że często jad rzeżączkowy ginie dopiero po kilku tygodniach, albo też, po pewnym czasie, gdy już go wykazać nie można, wkrótce znowu się pojawia.

Chcąc teraz porównać wartość leczniczą metody dawniejszej z nowszą, przytaczam wyniki leczenia tymi sposobami w rzeżączce okresu ostrego i podostrego. Metoda starsza w obu tych okresach rzeżączki dała nam 50% wyleczeń, metoda nowa zaś w ostrych postaciach 40%, w podostrych 15 razy na 18, czyli 83%. Jeżeli dodamy do tego, że leczenie przy pierwszej modyfikacyi trwać musi dłużej i skutkiem większej ilości przepłókiwań jest żmudniejsze, niż w drugiej metodzie, każdy przyznać musi, że metoda później przez autora podana ma pierwszeństwo przed dawniejszą i to wcale nieposledniej miary.

Zestawiwszy teraz ogólny wynik leczenia tą metodą, t. j. na 60 leczonych rzeżączki różnych okresów 35 wyleczonych, co daje 58·3% i to w stosunkowo krótkim czasie, bo w okresie ostrym przeciętnie w 33 dniach, w podostrym w 17 dniach metodą dawniejszą, a w 10 dniach metodą nową w obu tych okresach, nie mogę innego wyrzec zdania, jak tylko polecającego dla metody leczniczej Janeta. A dodać tu muszę, że braliśmy do leczenia rzeżączkę ostrą jedynie w celu wypróbowania, czy sposób ten do leczenia się nadaje, czyli, że z początku bez wyboru leczyliśmy wszystkie przypadki rzeżączki, nawet takie, o których później mieliśmy przekonanie, że do leczenia tym sposobem stanowczo się nie nadają, a to w tym celu, aby nabrać doświadczenia z własnych przypadków, który okres da nam najlepsze wyniki. Z zestawienia powyższego widać, że najwięcej przypadków wyleczenia mieliśmy w okresie podostrym, o którym też wszyscy autorowie to samo mają zdanie; dlatego to tak Janet, jak i inni autorowie, do których i ja się przyłączam, sądzą, że metodę tę należy stosować w przypadkach rzeżączki, kilkadziesiąt godzin trwającej, w której do rozwinięcia się objawów ostrych jeszcze nie przyszło.

Jak każda jednak metoda leczenia, tak i Janetowska, ma i ujemne strony. Już z poprzedniego widać, że do leczenia nią nadają się tylko pewne postacie rzeżączki, to jest albo rzeżączki bardzo krótko albo dłużej

trwająca, lecz o objawach podostrych i bez powikłań. Sposób ten nie wyruguje więc dawnych metod i leków, które w innych postaciach rzeżączki stósować musimy. Następnie, leczenie to wymaga nie tylko ścisłości w zastósowaniu rozczynu, ścisłości wielkiej co do czasu, w którym przepłókiwania wykonać należy, ale takiego zaparcia się ze strony lekarza, że wobec lekkiej nawet opieszałości ze strony chorego łatwo zniechęcić się można; zwłaszcza, że chorzy często okazują zniechęcenie już po pierwszych nawet przepłókiwaniach skutkiem powyżej opisanych przykrości, często, chociaż chwilowo, przez nie sprawianych.

W końcu niech mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie Szefowi memu Prof. Dr. A. Zarewiczowi za odstąpienie do doświadczeń chorych i cenne rady i wskazówki w powyższej pracy.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1897. Nr. 43. 44 i 45.

Kraków, 1897. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.